

15

Prévention du stress au travail : types d'intervention et évaluation de leur efficacité

Dans ce chapitre, il s'agira de présenter, à travers la littérature existante, les différentes méthodes et pratiques de prévention du stress professionnel et de tenter d'en évaluer leur efficacité. Comme les actions de prévention mentionnées dans la littérature concernent presque exclusivement les salariés, sera ensuite discutée la pertinence de telles pratiques chez les indépendants au regard des contraintes de travail spécifiques que ces derniers rencontrent dans leur activité professionnelle.

Depuis une trentaine d'années, les méthodes de prévention du stress chronique au travail se sont largement développées. Elles diffèrent selon :

- la précocité de l'intervention par rapport à l'apparition du stress ;
- l'objectif visé : approche individuelle *versus* organisationnelle ;
- la rigueur de la méthode utilisée : essais contrôlés randomisés *versus* démarches empiriques en passant par les démarches « projet »... ;
- le type d'évaluation de l'état de stress chronique, de ses conséquences et des « stresseurs » : approche quantitative *versus* qualitative.

Quelle que soit la méthode utilisée, les interventions ne bénéficient pas toujours d'une évaluation rigoureuse permettant d'en mesurer l'efficacité à court terme ou à long terme, que l'évaluation porte sur l'évolution, à l'échelle collective :

- de l'état santé : diminution du stress chronique et/ou de ses conséquences (épuisement professionnel, pathologies cardiovasculaire et anxio-dépressive, troubles musculosquelettiques, absentéisme...) ;
- et/ou de la perception de la situation de travail ;
- et/ou des performances organisationnelles et économiques de l'entreprise.

Le stress chronique n'est pas le seul risque psychosocial au travail. Les définitions actuellement disponibles des risques psychosociaux intègrent en plus du risque « stress », les risques de violence externe²⁵, celle provenant de

25. Les violences externes sont des insultes ou des menaces ou des agressions (physiques ou psychologiques) exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris les clients, et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : <http://agency.osha.eu.int>).

personnes extérieures à l'entreprise (usagers, clients, patients, élèves...) et de violence interne²⁶, celle qui oppose entre eux des personnels d'une même structure de travail (Debout, 1999 ; Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002a ; *European Foundation for the improvement of living and working conditions*, 2007). Le maintien de la santé mentale et physique des travailleurs ne peut se limiter à la prévention du stress ou des violences internes et externes, il faut également prendre en compte la souffrance ou mal-être au travail évoqué dans la communication de Christophe Dejourné (« La référence au « travailler » dans le rapport entre santé mentale et travail ») à la fin de cet ouvrage. Les liens entre stress chronique et souffrance sont étroits. L'existence de stress chronique ou de violences au travail induit de la souffrance mais même en leur absence, les personnes peuvent vivre au travail des situations de profonde souffrance ou de mal-être sans qu'il ne soit forcément associé un état de stress au sens biologique du terme. Les causes de cette souffrance incluent : les conflits « enkystés » ou hyper-conflits, les relations d'abus de pouvoir, de manipulation, mises à l'écart, qui, sans être des conduites « harcelantes » au sens législatif du terme, génèrent de la souffrance. Comme pour le stress chronique, la prise en charge précoce de la souffrance permet d'en éviter ses conséquences et fait partie des bonnes pratiques de gestion des risques psychosociaux (Leroy et Faulx, 2006). Ainsi, la prévention du stress constitue l'un des aspects de la prévention des risques psychosociaux lesquels incluent les risques de stress, de violence (externe et interne) et de souffrance au travail.

Compte tenu de l'importance de la littérature disponible, on s'intéressera principalement à la prévention du stress chronique tout en élargissant, dans une moindre mesure, à la prévention des risques psychosociaux. Avant de s'interroger sur l'adaptation des approches de prévention des risques psychosociaux à la spécificité de l'exercice professionnel des travailleurs indépendants, on se penchera sur la littérature relative à l'évaluation de ces différentes approches.

Concepts et réglementation

Avant de présenter les différentes méthodes de prévention, seront rappelés les concepts clés qui permettent de les caractériser et les contextes dans lesquels ces interventions sont engagées.

26. Les violences internes incluent à la fois la violence psychologique au travail, le harcèlement moral, le harcèlement sexuel et correspondent à des agressions verbales ou physiques émanant de collègues ou de responsables hiérarchiques.

Concepts clés pour la prévention du stress

La précocité de l'intervention de prévention est l'une des clefs de son efficacité. Sur la figure 15.1, sont rappelées, sur la base de la définition de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail²⁷, les étapes évolutives du stress chronique, des « stresseurs » à l'ensemble des conséquences du stress.

La prévention du stress au travail concerne le stress chronique et non le stress aigu qui fait partie intégrante de toute activité professionnelle et est non délétère dès lors que son intensité est faible ou moyenne, un stress très intense pouvant, en revanche, entraîner un stress post-traumatique.

À l'origine du stress chronique au travail, se trouvent les « stresseurs » ou « sources du stress ».

Certains auteurs distinguent deux concepts comme sources de stress même si les termes sémantiques de l'un et de l'autre varient considérablement dans les publications (Cox et coll., 2000 ; Stavroula et Cox, 2008) :

- les contraintes qui correspondent à la perception des conditions de travail (parfois dénommées « facteurs psychosociaux ») (Vézina et coll., 2004) ;
- les facteurs organisationnels qui sont les conditions de travail factuelles et réperables dans la documentation de l'entreprise.

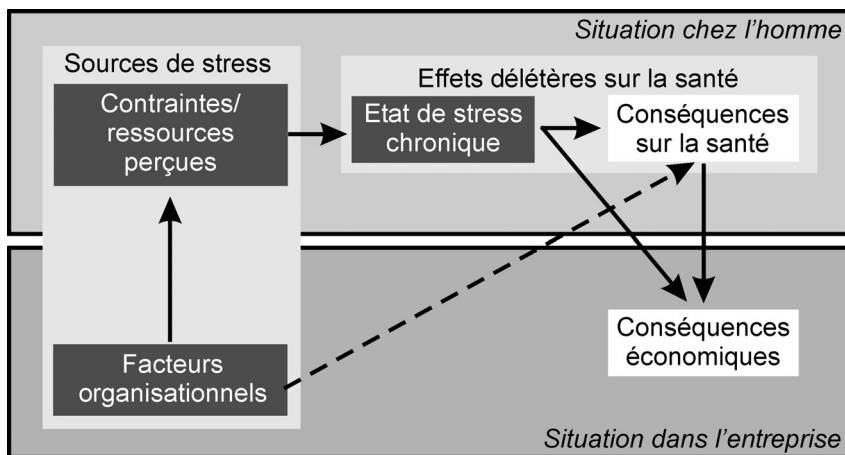


Figure 15.1 : Définition schématisée du stress au travail (d'après Chouanière, 2006)

27. « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise. » (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail : <http://agency.osha.eu.int>).

Contraintes

Seront considérées en prévention, les contraintes de travail qui s'inscrivent dans la durée et qui, sur la base de nombreuses études, sont connues pour être des facteurs de risque pour la santé.

Une même contrainte, telle que la surcharge de travail, sera perçue différemment selon les travailleurs et pour un même salarié la perception pourra être variable dans le temps. Mais elles devront être prises en compte en prévention dès lors qu'elles affectent, dans un milieu de travail donné, un grand nombre de personnes.

On différencie deux types de contraintes :

- celles qui sont inhérentes à l'activité professionnelle elle-même. Elles correspondent, par exemple dans les métiers de soins ou sociaux (assistantes sociales, éducateurs, urgentistes, personnel des soins palliatifs...), à la surcharge émotionnelle induite par l'exposition à la souffrance ou à la mort d'autrui. Ces contraintes spécifiques du métier sont bien tolérées (même si, au fil du temps, elles peuvent devenir insupportables) car elles ont été acceptées comme faisant partie du métier et elles ont, d'une certaine manière, sélectionné, au cours du temps, les personnes les plus adaptées au métier, les plus vulnérables vis-à-vis de celles-ci, ayant, en général, quitté le métier ;
- celles qui sont générées par le contenu du travail ou son organisation. Ces dernières qui se surajoutent aux contraintes inhérentes au métier sont, en revanche, souvent mal perçues. Par exemple, une infirmière hospitalière supportera émotionnellement la confrontation quotidienne à la maladie mais tolérera plus difficilement le manque de marge de manœuvre qu'imposerait un médecin chef trop directif.

Pour une même personne, la perception des contraintes auxquelles son travail l'expose variera selon que les contraintes sont subies ou choisies. Un salarié qui choisit réellement un nouveau poste de travail plus complexe que le précédent tolérera mieux les contraintes qu'il génère (tout du moins dans les premiers temps) que s'il y est affecté sans avoir participé à la décision.

L'accumulation des contraintes est également un facteur aggravant. Comme, par exemple, dans certains centres d'appels téléphoniques, où le téléopérateur est soumis à la pression sur le nombre d'appels (par l'affichage du nombre de clients en attente), sans aucune marge de manœuvre pour s'adapter à la demande du client (quand la consigne est le respect strict d'un script de conversation affiché sur l'écran), sans support technique d'un superviseur (dont le cahier des charges est essentiellement de contrôler la productivité et le respect du script) et soumis à une fréquente dissonance émotionnelle (« sourire » au téléphone même en cas d'insultes, menaces, agressivité..., de la part de la clientèle).

En cas de contraintes multiples, on a vu dans les chapitres précédents que la coexistence de certaines d'entre elles antagonistes est particulièrement délétère pour la santé : forte demande psychologique et faible marge de manœuvre

(*job strain* de Karasek) ou forte exigence de productivité et faibles récompenses, qu'elles soient financières ou symboliques (déséquilibre de Siegrist). Ces déséquilibres dont le caractère délétère est avéré seront donc recherchés en priorité tout en sachant que, même s'ils sont souvent présents dans les situations de travail, ils n'affectent pas tous les secteurs d'activités : le *job strain* est, par exemple, peu déclaré par les soignants hospitaliers. D'autres contraintes ou associations de contraintes peuvent être dans une situation de travail donnée plus prégnantes et à rechercher en priorité même si les preuves épidémiologiques de leur nocivité sont actuellement moins nombreuses : un traitement inéquitable entre travailleurs d'un même atelier ou entreprise, un leadership de mauvaise qualité, les conflits éthiques qui apparaissent quand les valeurs personnelles sont en contradiction avec les exigences du travail, l'insécurité de l'emploi, les changements permanents dans les objectifs à atteindre, les organigrammes, les produits ou les logiciels... (Chouanière, 2009).

Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels qui peuvent être à l'origine de contraintes font l'objet de classifications multiples (Stavroula et Cox, 2008 ; INRS, 2007a), et évoluent au rythme des changements organisationnels du travail. Ils peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

- le contenu du travail : activités monotones ou répétitives, activités exigeant de traiter un très grand nombre d'informations, exposition permanente à la clientèle, confrontation à la mort ou la souffrance, activité impliquant une responsabilité sur la vie d'autrui... ;
- l'organisation du travail ou la gestion des ressources humaines : interruption fréquente dans le déroulement du travail, flux tendu, inexistence ou caractère aléatoire des plans de carrière, sous ou surqualification des agents, incompatibilité des horaires de travail avec la vie sociale et familiale, mauvaise ou absence de définition des postes de travail... ;
- la qualité des relations de travail : manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, management peu participatif ou menaçant, absence de retours sur le travail accompli, isolement social ou physique, faible communication dans l'entreprise, conflits interpersonnels fréquents, évaluation inadéquate... ;
- l'environnement physique : bruit, mauvaise conception des lieux de travail, *open space*...

À ces facteurs propres à l'entreprise se surajoutent des facteurs liés au contexte économique et sociologique du monde du travail :

- les évolutions sociologiques : utilisation croissante des techniques de communication à distance, individualisation de l'activité professionnelle avec sur-responsabilisation, exigence ou agressivité de la clientèle... ;

- la situation macro-économique : intensification du travail (pression temporelle ou exigence de productivité), instabilité de l'emploi, importance de la concurrence nationale et internationale, difficultés économiques conjoncturelles...

On a vu antérieurement que certains facteurs organisationnels peuvent avoir un rôle direct sur la santé sans médiation par les contraintes (symbolisé, sur la figure 15.1, par la flèche en pointillé) : c'est le cas par exemple d'une activité professionnelle hebdomadaire prolongée qui semble affecter directement la santé sans qu'il y ait de consensus sur le nombre d'heures à ne pas dépasser (45, 50, 55 heures ?).

Contexte réglementaire de la prévention du stress chronique au travail et des risques psychosociaux

Le contexte de la prévention du stress au travail et ses risques psychosociaux est assez différent aux États-Unis, pays pionnier dans ce domaine et dans les pays européens.

États-unis

Aux États-Unis, depuis le milieu des années 1970, les actions de prévention du stress ont vu le jour dans les entreprises du fait du contexte « assurantiel » de l'entreprise. Les dirigeants s'en sont préoccupés pour réduire le coût des soins de santé qu'ils assuraient et améliorer la productivité des travailleurs. Les salariés s'en sont saisis par l'intermédiaire de leurs Comités Santé-Sécurité dans le cadre d'accords sur la santé et la sécurité (Murphy, 1987 et 1988 ; Hurrell et Murphy, 1996).

Europe

En Europe, dans les années 1990, les gouvernements sont incités à réduire l'absentéisme et les départs prématurés d'employés soumis à de mauvaises conditions de travail ou à des situations stressantes. En cela, l'introduction de la directive européenne du 12 juin 1989 (89/391/CEE)²⁸ a été un puissant stimulant mais d'autres facteurs y ont contribué : le lien étroit existant entre le coût du travail et celui des assurances sociales (avec les conséquences qui en résultent sur le coût des produits fabriqués dans un contexte de compétitivité internationale), les déficits budgétaires au niveau national et dans une moindre mesure les arguments éthiques et sociaux. Certains États ont ainsi été

28. La directive définit les obligations de l'employeur en terme d'évaluation des risques professionnels (risques physiques, chimiques, biologiques et psychosociaux) et de mise en place de plans de prévention en privilégiant la prévention à la source (éliminer le risque ou a minima le réduire). Vis-à-vis des risques psychosociaux, la directive inclut l'obligation pour les employeurs d'adapter le travail à l'individu, spécialement dans la conception des lieux, dans le choix des équipements, des méthodes de travail et de production (avec une attention particulière pour éviter le travail monotone et avec rythme prédéterminé) et en réduisant leurs effets sur la santé.

poussés à prendre des dispositions réglementaires (Kompier et Cooper, 1999). Après la directive 89/391/CEE, d'autres directives européennes aux implications indirectes sur le stress au travail ont été publiées, entre autres, la directive 2003/88/CE qui demande à l'employeur d'organiser le travail selon un certain rythme qui tienne compte du principe général de l'adaptation du travail à l'homme.

En 2003, selon le rapport de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, aucun des États de l'Union Européenne n'avait adopté de législation spécifique sur le stress au travail mais tous les cadres réglementaires évoquaient les risques psychosociaux comme étant des facteurs de stress et certains avaient mis en place des législations sur les stresseurs. Ainsi, dans six pays, les législations allaient plus loin que la directive cadre 89/391/CEE : loi sur le bien-être au travail en Belgique (1996), réglementations sur l'organisation du travail au Danemark, Pays-Bas, Allemagne, Suède et Finlande (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002b). Enfin, certains pays avaient développé des législations spécifiques contre le harcèlement moral ou sexuel : Belgique, France, Suède, Pays-Bas, Danemark et Finlande (Eurogip, 2010).

Dans le cadre de la politique européenne de dialogue social, les partenaires sociaux ont signé trois accords-cadre interprofessionnels « autonomes » qui ont été ensuite transposés dans certains pays : le télétravail pour éviter l'isolement du salarié (16 juillet 2002), le stress lié au travail (8 octobre 2004) et le harcèlement et la violence au travail (26 avril 2007) (Eurogip, 2010).

Ces accords ont stimulé la prise en compte des risques psychosociaux en Belgique et aux Pays-Bas. D'autres pays ont pris en compte ou renforcé, dans leurs réglementations, l'interdiction du harcèlement et des violences au travail : Irlande, Norvège, Portugal, Slovénie, Espagne (Eurogip, 2010). Même sans dispositifs réglementaires, la lutte contre le stress au travail et/ou les risques psychosociaux a pu faire l'objet, dans certains pays, de priorité stratégique : Belgique, Danemark, France et Royaume-Uni. Un bilan de la mise en œuvre de l'accord-cadre sur le stress a été réalisé par les partenaires sociaux européens en 2008. Douze pays de l'Union Européenne l'avaient transcrit en accords nationaux (aucun en 2003 selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail) et dans d'autres pays des accords d'entreprises (accords paritaires sur la prévention du stress et des risques psychosociaux), des coopérations tri-partites entre partenaires sociaux et institutions publiques ont été relevés (ETUC/CES, 2008).

En 2010, l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail a réalisé un état des lieux sur la gestion des risques liés à la santé et la sécurité au travail (bilan sur l'application de la directive 89/391/EEC du 12/6/1989) avec un focus particulier sur les risques psychosociaux (stress, violence, harcèlement). L'enquête Esener (*European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - Managing safety and health at work*) a concerné 28 649 dirigeants et

7 226 délégués santé sécurité d'entreprises privées et publiques de plus de 10 salariés dans les 27 pays de l'Union Européenne et 4 pays additionnels (Croatie, Norvège, Suisse, Turquie). L'enquête s'est déroulée par interviews téléphoniques au printemps 2009. Le stress est une préoccupation relative ou importante pour 80 % des entreprises, et les violences ou menaces de violence et les brimades ou harcèlement pour 40 %. Dans l'Union Européenne-27, la mise en place de procédures contre les brimades ou harcèlement concerne 30 % des entreprises, contre la violence liée au travail et le stress lié au travail, 26 %. Ces pourcentages augmentent dans les grandes entreprises (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2010).

France

En France, il n'existe pas de réglementation spécifique à la prévention du stress au travail mais depuis 1991, en application de la directive-cadre européenne 89/391/CEE, la loi définit une obligation générale de sécurité qui incombe au chef d'établissement (article L. 4121-1 du Code du travail) (annexe 2). Il revient à l'employeur d'évaluer les risques, y compris psychosociaux, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de ses salariés et protéger leur santé. Ces obligations concernent la santé physique mais aussi la santé mentale, la loi de modernisation sociale 2002-73 du 17/1/2002 ayant rappelé que la santé inclut la « santé physique et mentale ». Cette loi de 2002 a également complété le principe général de planification de la prévention, l'employeur étant expressément invité à prendre en compte les risques liés au harcèlement moral lequel a fait son entrée dans le Code du travail (article L.1152-1)²⁹ et le Code pénal (interdiction mentionnée à l'article 222-33-2). Le plan « santé au travail » 2005-2009 a mis l'accent sur la prévention des risques psychosociaux et le nouveau plan de 2010-2014 met la lutte contre les risques psychosociaux au travail au rang de ses priorités (action 13 de l'objectif 4 : « Renforcer la prévention en direction de certains risques... ») (Direction générale du travail, 2009). Par ailleurs, les partenaires sociaux français ont signé, à l'unanimité, deux accords-cadre nationaux interprofessionnels, transposés des accords-cadre européens sur le stress lié au travail, le 2 juillet 2008 (Ministère du travail, 2008) et la prévention du harcèlement et des violences au travail, le 26 mars 2010 (Dériot, 2010).

Dans un souci d'accélérer l'application de l'accord national interprofessionnel de 2008, le ministère du Travail a incité les entreprises françaises de plus de 1 000 salariés à négocier dans le cadre d'accords paritaires des plans de prévention du stress. Ainsi, à titre d'exemple, les directions de Danone France

29. « Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel »

(2 500 salariés) et d'EADS ont publié *in extenso* leur accord sur la prévention du stress et des risques psychosociaux³⁰.

Enfin, en 2010, différents rapports parlementaires ont dressé un constat sur les risques psychosociaux en France et proposé des mesures concrètes pour améliorer, au niveau national, les situations de travail (Dériot, 2010 ; Lachmann et coll., 2010). Ces mesures, dont certaines sont reprises dans le Plan Santé Travail 2010-2014 vont, probablement, être progressivement mises en œuvre et modifier le paysage des risques psychosociaux et de leur prévention.

Ainsi, la prévention du stress au travail et plus largement celle des risques psychosociaux est maintenant inscrite dans un cadre réglementaire spécifique, celui de la prévention des risques professionnels. À cet égard, l'évaluation du stress et la démarche de prévention qui en découle doivent reposer sur des méthodes éprouvées, rigoureuses et fondées sur les connaissances scientifiques. Les démarches empiriques ou relevant des principes de l'expérimentation sociale³¹ peuvent faire l'objet de protocole de recherche avec évaluation de leur efficacité mais, en l'absence de certitude sur les bénéfices de ces démarches, elles ne peuvent être proposées, en routine, aux entreprises comme méthodes de prévention.

Différentes méthodes de prévention

La littérature sur les méthodes de prévention dans le domaine du stress est déjà ancienne, les premières publications de référence ayant été établies depuis le milieu des années 1970. Sur la base de ce corpus de connaissances bien établi, les instituts nationaux de santé au travail ou universitaires ont rédigé dans de nombreux pays (Australie, Canada, Suède, Finlande, Angleterre, États-Unis...) des rapports et/ou des guides, théoriques et pratiques, afin de permettre aux préventeurs de s'approprier ces méthodes et de les utiliser.

En 1996, le rapport publié par la Commission Européenne, « Manuel d'orientation sur le stress lié au travail, piment de la vie... ou coup fatal ? » présente les lignes directrices recommandées aux États membres de l'Union Européenne en matière de gestion du stress sur le lieu de travail (Commission européenne, 2000). En 2002, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a choisi comme thématique annuelle prioritaire la « Prévention pratique des risques psychosociaux et du stress au travail » et publié un recueil

30. Danone France : Accords de groupe sur la prévention du stress au travail. *Liaisons sociales* 22/03/2010, N°15606, 4p, 6/5/2010 ; EADS : Accord de groupe sur la prévention du stress au travail chez EADS. *Liaisons sociales*, 2010, N° 15606, 6p (<http://www.wk-rh.fr/>)

31. « L'expérimentation sociale est une innovation de politique sociale initiée dans un premier temps à une échelle limitée, compte tenu des incertitudes existantes sur ses effets, et mise en œuvre dans des conditions qui permettent d'en évaluer les effets dans l'optique d'une généralisation » (<http://www.experimentationsociale.fr>)

d'interventions réalisées dans différents pays (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002a). Lancé en 2007, le projet Prima-EF (*Psychological Risk Management–European Framework*), financé par le sixième programme cadre européen, vise à développer un cadre européen de la gestion des risques psychosociaux en rapprochant les principales approches existantes dans les États de l'Union Européenne (Stavroula et Cox, 2008).

Les différentes méthodes de prévention du stress et des risques psychosociaux se distinguent selon la précocité de l'intervention et les objectifs visés (Kompier et Cooper, 1999 ; Kompier et Christensen, 2000).

Méthodes selon la précocité de l'intervention

L'évolution naturelle des maladies permet d'agir plus ou moins en amont du processus pathogène. On distingue ainsi classiquement la prévention primordiale³² (Farquhar, 1999 ; Bonita et coll. 2006), primaire, secondaire et tertiaire (figure 15.2).

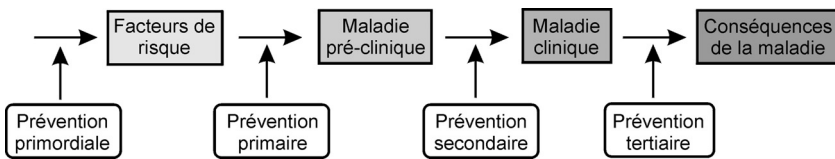


Figure 15.2 : Évolution naturelle des maladies et différents types de prévention

En ce qui concerne le stress au travail (figure 15.3) (Kompier et Cooper, 1999 ; Stavroula et Cox, 2008), la prévention « à la source » s'applique à deux moments de l'évolution :

- avant l'apparition de toute contrainte, situation souhaitable mais impossible dans les métiers avec contraintes inhérentes à l'activité elle-même : elle peut être assimilée à la prévention primordiale évoquée ci-dessus ;
- quand les contraintes inhérentes au métier ou organisationnelles sont déjà présentes et qu'elles débordent les ressources des agents, il s'agira alors de les réduire avant l'apparition des premiers symptômes de stress chronique : prévention primaire.

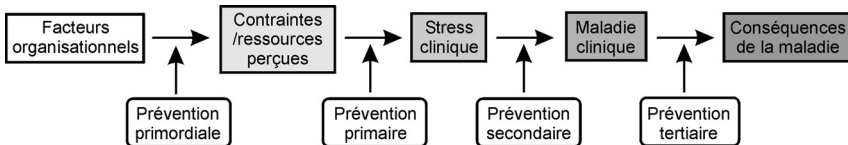


Figure 15.3 : Évolution des maladies liées au stress au travail

32. La prévention primordiale consiste en des actions et mesures qui empêchent l'émergence et l'établissement de conditions (économiques, sociales, comportementales, environnementales, culturelles...), connues pour favoriser les risques pour la santé.

Dans ce contexte, la prévention primordiale pourrait viser à identifier et à agir sur les facteurs propres à l'entreprise (organisation de l'activité, gestion des ressources humaines, relations sociales dans l'entreprise, environnement matériel...) avant l'apparition de déséquilibres « contraintes/ressources ». Elle consiste à agir, en amont de toute difficulté en mettant en place, dans une entreprise, un service ou un atelier, une organisation et des conditions de travail permettant de garantir la santé des travailleurs. Dès 1981, une scientifique suédoise Bertil Gardell (Gardell, 1981), définissait cinq conditions nécessaires pour qu'un environnement psychosocial du travail soit satisfaisant.

« Le travail doit être conçu :

- de façon à ce que chacun puisse influencer la situation et les méthodes et la vitesse d'exécution ;
- de façon à ce que chacun ait une vue d'ensemble et une compréhension des différentes opérations ;
- pour donner à chacun la possibilité d'utiliser et développer la totalité de ses ressources ;
- pour permettre les contacts humains et la coopération entre ses acteurs ;
- pour donner à chacun le temps nécessaire à la satisfaction de ses rôles et obligations extérieures tels que les tâches familiales, sociales ou engagements politiques. »

En 2002, le NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*) (CDC/NIOSH, 2002) a formulé des recommandations ci-dessous qui complètent celles de Bertil Gardell.

« La gestion du stress suppose :

- de s'assurer que la charge de travail est en rapport avec les compétences et les ressources de chacun ;
- de concevoir des postes de travail qui soient stimulants, qui donnent du sens au travail et l'opportunité aux travailleurs d'utiliser leurs compétences ;
- de définir clairement les rôles et responsabilités de chacun ;
- de favoriser la participation des travailleurs aux décisions et aux changements qui affectent directement leur travail ;
- d'améliorer la communication ;
- de réduire l'incertitude sur les développements de carrière et les perspectives de postes ;
- de favoriser l'interaction sociale entre les travailleurs ;
- d'établir des horaires de travail qui soient compatibles avec les exigences et les responsabilités extra-professionnelles. »

La prévention primaire a pour objectif de diminuer l'impact des contraintes intrinsèques au métier et de réduire ou d'éliminer les contraintes organisationnelles afin d'éviter ou de limiter le stress chronique.

La prévention secondaire s'adresse à des travailleurs déjà soumis à un état de stress chronique ; elle vise à inverser, réduire ou ralentir la progression des

maladies liées au stress chronique et à accroître les ressources individuelles pour faire face au stress perçu (Kompier et Cooper, 1999 ; Stavroula et Cox, 2008).

La prévention tertiaire s'adresse aux personnes déjà atteintes de différentes pathologies liées au stress chronique (troubles anxio-dépressifs ou musculosquelettiques, pathologies cardiovasculaires...). Il s'agira alors d'éviter que l'état de santé de ces personnes ne se détériore davantage. Il revient au médecin du travail en particulier de dépister et d'orienter ces personnes vers une prise en charge médicale et/ou psychologique (psychothérapies proposées lors de dépression ou états anxieux sévères et/ou traitements médicaux). La prévention tertiaire vise également à favoriser le retour au travail particulièrement difficile après une tentative de suicide, une dépression nerveuse ou un absentéisme de longue durée pour maladie cardiovasculaire ou troubles musculosquelettiques liés au travail, en particulier s'ils sont rapportés par la personne à son travail. Ce type d'actions curatives est indispensable et premier dans certains cas, mais est loin d'être suffisant. Il doit déboucher sur une réflexion concernant les sources de stress : pourquoi telle personne en est-elle arrivée là ? D'autres personnes de son entourage professionnel présentent-elles les mêmes difficultés, même moins exacerbées ? Peut-on établir un lien entre ces difficultés et les conditions de travail ?

Ces différents types de prévention ne sont pas incompatibles et dans de nombreuses situations de travail elles sont associées de façon séquentielle ou concomitante.

Méthodes selon les objectifs visés

Les interventions de prévention du stress déployées en situation de travail se déclinent selon un deuxième paramètre, leur finalité : optimisation de comportements individuels ou amélioration des facteurs collectifs liés à l'organisation du travail (Murphy et Schoenborn, 1987 ; Kompier et Cooper, 1999 ; Vézina et coll., 2004).

Les interventions peuvent être orientées vers l'individu ou vers des groupes d'individus de façon à renforcer les capacités de ces individus ou de ses groupes à faire face aux contraintes du travail ou au stress chronique déjà installé. Mais les actions en milieu de travail peuvent viser à mieux adapter le travail aux travailleurs en améliorant l'environnement physique et/ou en modifiant l'organisation du travail : son contenu, ses procédures... Van der Hek en 1997 introduit une troisième catégorie d'interventions, celles qui agissent sur l'interface entre l'individu et l'organisation comme par exemple favoriser les relations interindividuelles ou améliorer l'autonomie au travail (van der Heck et Plomp, 1997 ; Bergerman et coll., 2009).

Le choix de la finalité des interventions de prévention du stress en entreprises n'est pas une simple option technique. Il s'agit de position souvent « politique » voire idéologique sur la conception du travail. Ainsi, aux États-Unis,

quand les dirigeants d'entreprise se sont intéressés dans les années 1980, à la gestion du stress dans la perspective de diminuer les coûts de la santé, ils ont opté pour le *stress management*, plaçant la responsabilité des individus (habitudes de vie délétères, incompatibilité de la personne avec son environnement) au cœur du problème et les encourageant à la relaxation, à l'exercice physique, au régime alimentaire, alors que les salariés mettaient l'accent sur les sources organisationnelles du stress telles que le manque de contrôle, la sous ou la surcharge de travail et réclamaient une prévention organisationnelle (Murphy et Schoenborn, 1987). Ce débat est toujours actuel et renvoie à des idées reçues bien ancrées : le stress est une question de fragilité individuelle et renforcer les ressources des individus pour y faire face va résoudre le problème. Cette position s'explique par la nature même des risques psychosociaux. Par rapport aux risques professionnels « traditionnels » (chimiques, physiques ou biologiques), les risques psychosociaux peuvent amener un questionnement dans l'entreprise puisque l'évaluation des risques psychosociaux va « passer » par les représentations, les perceptions et les émotions, d'un ensemble d'individus. Ce regard des individus sur le travail, ses conditions, son organisation, ouvre la voie à une participation active des exécutants dans l'organisation du travail, ce qui peut représenter pour certains modes de managements une forte remise en cause mais représente, pour certains auteurs, un gage d'efficacité (Harkness et coll., 2005 ; Dollard et coll., 2008 ; Lachmann et coll., 2010 ; Loriol, 2010).

Types d'interventions de prévention du stress au travail

Les interventions menées dans les entreprises combinent les deux critères présentés ci-dessus : précocité de l'action et objectifs de l'intervention donnant lieu à quatre catégories (figure 15.4).

Objectif de l'intervention \ Précocité de l'intervention	Primordiale/ Primaire	Secondaire/ Tertiaire
Organisation/Environnement	1	2
Individu/Groupe	3	4

Figure 15.4 : Types d'interventions de prévention du stress au travail (d'après Kompier et Cooper, 1999)

La catégorie « 1 » regroupe les interventions qui, par exemple, enrichissent le travail, augmentent l'autonomie et la participation dans les décisions ou proposent des horaires de travail permettant le bon équilibre entre vie familiale et vie personnelle. En catégorie « 2 », on retrouve les mêmes interventions que précédemment mais chez des employés qui présentent des signes de

stress ou des décompensations morbides. Il s'agira par exemple d'adapter les horaires de travail aux seniors. La catégorie « 3 » correspond aux actions de formation des managers, à la mise en place de plans de carrière, aux débriefings (par exemple proposés à des soignants particulièrement exposés à des fortes charges émotionnelles dans les services oncologiques ou de soins palliatifs), aux activités de « coaching » proposées à des managers et aux actions de promotion de la santé au travail évoqués largement ci-après. La catégorie « 4 » inclut la « gestion individuelle du stress³³ », les « numéros verts », les traitements médicaux et psychothérapeutiques pour les symptômes et maladies liés au stress, les programmes d'assistance pour un stress post-traumatique ou d'aide au retour au travail après absentéisme prolongé (Kompier et Cooper, 1999 ; Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002b).

La majorité des interventions menées en entreprise appartenaient aux catégories 3 et 4 et peu concernaient l'amélioration de l'organisation ou de l'environnement du travail (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002b ; Giga et coll., 2003). Cependant, il semble, selon l'enquête Esener précédemment citée, qu'il y ait une évolution récente en faveur des mesures organisationnelles et environnementales. En effet, les « mesures pour traiter les risques psychosociaux au travail », déclarées par les chefs d'entreprises, sont les formations dans 58 % des cas, les modifications du mode d'organisation du travail dans 40 %, la re-conception de l'espace du travail dans 38 %, l'assistance aux salariés de façon confidentielle dans 32 %, les modifications des horaires du travail dans 30 % et la mise en place d'une procédure de résolution de conflits dans 22 % (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2010).

Cadre méthodologique des interventions de prévention

Les interventions de prévention du stress doivent, en théorie, se concevoir comme des essais randomisés contrôlés : un groupe de travailleurs tirés au sort bénéficie d'une intervention de prévention du stress et sera comparé à un groupe de même caractéristique sans intervention. Les essais comprennent trois phases :

33. La gestion personnelle du stress qui vise à optimiser les stratégies individuelles du salarié pour mieux gérer son état de stress s'appuie sur les méthodes de développement personnel associant une ou plusieurs techniques de gestion des émotions ou « *coping* passif » (relaxation/méditation, *biofeedback* défini ci-dessous...) et/ou de réévaluation cognitive inspirée de la psychothérapie cognitivo-comportementale (« *coping* actif »). La psychothérapie cognitivo-comportementale suppose que les émotions et le comportement humain sont influençables par l'information et la prise de conscience : une personne peut ainsi modifier son évaluation d'une situation jusqu'ici stressante et relativiser son incapacité à y faire face amenant une atténuation des réactions biologiques dues à l'état de stress et des émotions et comportements qui lui sont associés.

Biofeedback : méthode thérapeutique dont le but est de faire en sorte que le sujet se contrôle lui-même en conditionnant certaines fonctions qui relèvent du système neurovégétatif. En l'occurrence après une séance de relaxation, les sujets reçoivent un « *feedback* » sur l'efficacité réelle de la relaxation par un électromyogramme ou une mesure de conductance électrique de la peau ou de leur température corporelle.

- définition d'un plan d'intervention : quels sont les changements nécessaires à l'amélioration de la santé ? Quels sont les meilleurs moyens pour y parvenir ? Quels sont les obstacles ?
- mise en œuvre : quelles sont les activités qui ont été réellement mises en place (en notant les écarts par rapport aux prévisions) ? Et quels sont les changements organisationnels, conjoncturels survenus pendant l'intervention et indépendants de celle-ci (changement du directeur des ressources humaines, fusion de secteurs...), qui peuvent impacter les résultats ?
- efficacité de l'intervention en termes de réduction des symptômes et maladies liés au stress, réduction de la perception des contraintes, conséquences organisationnelles et économiques, effets sur les connaissances, attitudes et comportements des travailleurs vis-à-vis du stress et de sa gestion.

L'évaluation de l'action elle-même doit inclure l'évaluation des trois phases : le plan d'intervention était-il bien conçu ? L'implémentation a-t-elle été optimale ? L'efficacité était-elle correcte compte tenu des conditions réelles de l'intervention (Goldenhar et coll., 2001 ; Vézina et coll., 2004) ?

Les démarches visant à améliorer les contraintes organisationnelles ont adapté la méthode des essais randomisés contrôlés et s'appuient sur les stratégies de gestion du risque communes à l'ensemble des risques professionnels. Ces démarches de type « projet » supposent différentes phases qui vont de l'alerte à l'évaluation en passant par le « diagnostic » et la mise en place du plan de prévention. L'alerte suppose d'assurer la veille sur des indicateurs de ressources humaines ou de santé. Le « diagnostic » comprend l'évaluation de l'importance du stress, l'identification de ses sources (contraintes et facteurs organisationnels) et/ou de son retentissement sur la santé (prévalence des pathologies avérées) ainsi que le repérage des éventuels groupes à risques dans l'entreprise. Suite à cette étape, des actions correctives sont mises en place et évaluées avec si possible un groupe « témoin » (autre entreprise, atelier) ou a minima en suivant l'évolution des indicateurs de santé (et/ou la perception des contraintes) et/ou des moyens et ressources mobilisés (INRS, 2007a et b). L'évaluation des interventions peut donner lieu à des mesures d'efficacité (atteinte des objectifs) et/ou d'efficience (atteinte des objectifs en tenant compte des moyens mis en œuvre) (Stavroula et coll., 2004). Les outils de mesure du stress, des contraintes et de la santé mentale sont le plus souvent quantitatifs (questionnaires ou échelles) mais des méthodes qualitatives adaptées à la problématique du stress peuvent être également utilisées. Empruntées à l'ergonomie (voir définition ci-après) ou à la psychosociologie, elles incluent des entretiens exploratoires ou semi-directifs individuels ou collectifs (« focus groups »), des auto-confrontations, l'observation de l'activité de travail, la consultation des documents traitant des relations sociales dans l'entreprise... (Malchaire et coll., 2007 ; Chouanière, 2009).

Autres méthodes de prévention des risques psychosociaux utilisées en France

À côté des actions de gestion individuelle du stress implantées en France depuis une vingtaine d'années et des plans de prévention centrés sur l'organisation récemment élaborés dans les grandes entreprises, coexistent d'autres méthodes d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux dans les entreprises. Elles relèvent de divers courants disciplinaires plus spécifiquement français.

Ergonomie de l'activité

J. Petit définit l'ergonomie comme « une discipline de l'action orientée vers la conception ou la transformation de systèmes (situations de travail, outils, objets) » (Lerouge, 2009). Il différencie l'approche anglo-saxonne *Human factors*, discipline expérimentale, de « l'ergonomie de l'activité » qui analyse les situations réelles de travail, laquelle est dominante dans les pays francophones. Le travail est alors au centre de l'analyse ergonomique et il n'est pas seulement considéré comme « une traduction cognitive et physiologique d'un cadre prescriptif, mais il est aussi et surtout une source de création, par la complexité du fonctionnement humain en situation... La compréhension de l'engagement de l'homme au travail ... peut permettre non seulement de comprendre les mécanismes complexes liés aux troubles psychiques mais également permettre des possibilités de prévention. ». Les outils utilisés dans l'ergonomie de l'activité permettent de prendre en compte le travail réel et le travail perçu. Cette approche ergonomique spécifiée aux risques psychosociaux a donné lieu à différents modèles d'analyse des causes de stress : Véronique De Keyser, entre autres, a proposé un modèle centré sur la perte du contrôle de la situation de travail (De Keyser et Hansez, 1996) et Benjamin Salher, pour le réseau Anact (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) et les agences régionales Aract, a développé un modèle de compréhension de tension/régulation susceptible de générer des troubles psychosociaux (Salher et coll., 2007).

Cependant, cette conception de l'ergonomie n'est pas partagée par l'*International Ergonomics Association* qui distingue trois types d'ergonomie : physique³⁴, cognitive³⁵ et organisationnelle. L'ergonomie organisationnelle a

34. "Physical ergonomics is concerned with human anatomical, anthropometric, physiological and biomechanical characteristics as they relate to physical activity. (Relevant topics include working postures, materials handling, repetitive movements, work related musculoskeletal disorders, workplace layout, safety and health.)"

35. "Cognitive ergonomics is concerned with mental processes, such as perception, memory, reasoning, and motor response, as they affect interactions among humans and other elements of a system. (Relevant topics include mental workload, decision-making, skilled performance, human-computer interaction, human reliability, work stress and training as these may relate to human-system design.)"

pour but d'optimiser les systèmes socio-techniques lesquels incluent les structures organisationnelles, les pratiques et procédures³⁶, s'inscrivant donc dans la prévention primaire.

Psychodynamique

On peut également inclure dans les méthodes de prévention de la souffrance et du stress, le courant très spécifique français de la psychodynamique qui n'est pas seulement une discipline de recherche mais une démarche d'action puisqu'elle propose à un groupe de travailleurs, guidé par un intervenant formé, d'identifier collectivement les causes d'une situation de travail délétère et d'en élaborer des solutions. En pratique, la démarche psychodynamique, compte tenu de l'investissement qu'elle suppose de la part des travailleurs, est mise en place préférentiellement dans des situations de travail déjà très détériorées (suicide sur le lieu du travail, violence, conflits très aigus...) avec comme objectif l'analyse des dysfonctionnements et l'élaboration collective de propositions pour améliorer les situations de travail.

Approche systémique

Par ailleurs, de nombreuses autres pratiques d'intervention en entreprises dans le domaine du stress et de la souffrance se sont installées dans les entreprises françaises ces dernières années. Certaines sont tout à fait expérimentales et ne rentrent pas dans le cadre des méthodes de prévention « académiques » mais d'autres sont fondées sur des approches théoriques de type psychosociologique telles que l'approche systémique et peuvent donc être considérées comme méthode de prévention des risques psychosociaux. Principalement proposées par des consultants libéraux qui se sont « positionnés » sur ces thématiques, ces approches relèvent plus de la prévention secondaire ou tertiaire car les entreprises avaient jusqu'ici l'habitude de solliciter les consultants, le plus souvent, dans des situations déjà dégradées et non a priori, tendance qui semble reculer aujourd'hui (Loriol, 2010).

Promotion de la santé ou du bien-être ou de la qualité de vie au travail : une prévention du stress ?

À côté de ces actions de prévention spécifiquement dédiées à la prise en compte du stress et/ou de la souffrance au travail, se sont développés également des programmes de promotion de la santé au sein même des entreprises.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la promotion de la santé au travail a évolué. Au début des années 1970, les activités de promotion de la

36. "Organizational ergonomics is concerned with the optimization of sociotechnical systems, including their organizational structures, policies, and processes. (Relevant topics include communication, crew resource management, work design, design of working times, teamwork, participatory design, community ergonomics, cooperative work, new work paradigms, virtual organizations, telework, and quality management.)"

santé dans le monde du travail étaient généralement axées, dans une logique purement assurantielle, sur une maladie ou un facteur de risque particulier, ou visaient à modifier une pratique particulièrement dangereuse chez des travailleurs : lutte contre les addictions (alcool, tabac...), hygiène nutritionnelle et pratique sportive. Au début des années 1980, les programmes de « bien-être » constituaient l'essentiel des activités de promotion de la santé au travail et la majorité d'entre eux restaient centrés sur le comportement individuel, mais incluaient un éventail plus large d'interventions ciblées sur des facteurs de risque définis : examens de santé, formation à la gestion du stress, diététique dans les cantines, programmes d'exercice physique, soins du dos et séminaires d'information sur la santé. Ces programmes de bien-être sont encore actuellement appliqués dans beaucoup de grandes entreprises. Au début des années 1990, la prise en compte du caractère multifactoriel de la santé au travail (incluant les facteurs environnementaux, sociaux et organisationnels) et les nouvelles connaissances sur l'impact de l'organisation du travail sur la santé ont donné naissance à des modèles intégrant la promotion de la santé au travail et le développement de l'organisation. Cette promotion de la santé au travail, plus globale et intégrative, n'utilise plus le lieu de travail comme un endroit où les professionnels de santé peuvent appliquer aisément des programmes destinés à changer les individus, mais associe le personnel et la direction qui s'emploient collectivement à faire du lieu de travail un cadre propice à la santé. Cette vision intégrative de la promotion de la santé au travail est la stratégie actuellement recommandée par l'OMS et certains auteurs (Chu, 2003 ; LaMontagne et coll., 2007b).

Des pays tels que le Canada et l'Australie ont commencé à se doter de modèles complets intégrant la promotion de la santé au travail et le développement de l'organisation. Ainsi trouve-t-on des manuels de pratique et des sites web décrivant cette promotion de la santé au travail intégrative d'origine diverse. Ces initiatives peuvent être privées comme au Québec où le GP2S (Groupe de promotion pour la prévention en santé – Le réseau des entreprises en santé)³⁷ propose un accompagnement aux entreprises pour développer des interventions dans quatre sphères : pratiques organisationnelles, environnement de travail, conciliation travail-famille, habitudes de vie. En Suisse, un programme PME - Vital³⁸ élaboré à l'initiative de la fondation « Promotion santé suisse » par des universitaires, des assureurs et des consultants privés, propose à des entreprises volontaires un processus en 5 étapes : sensibilisation, analyse, développement stratégique, mise en œuvre des mesures et

37. <http://www.gp2s.net>-Objectifs de GP2S : « Contribuer à l'accroissement du mieux-être des employé(e)s et de la performance des entreprises et des organisations en leur fournissant un cadre de référence, des informations, des outils et un lieu d'échanges facilitant l'intégration de la santé globale à la gestion de l'organisation. »

38. PME – Vital est un programme élaboré à l'initiative de la fondation « Promotion Santé Suisse », laquelle est soutenue par les cantons et les assureurs ; l'un de ses thèmes prioritaires est la « Santé psychique et stress » qui est abordé dans le cadre de la promotion de la santé en entreprise. <http://www.kmu-vital.ch> -

évaluation/intégration sur la base d'une conception de la promotion de la santé au travail en entreprise. Ce programme vise à promouvoir les modes de vie favorables à la santé (actions sur les comportements), et à développer des conditions de vie favorables à la santé (actions sur le contexte).

L'Organisation internationale du travail (OIT) quant à elle préconise une démarche plus traditionnelle. Lancé en 2001, le programme « SOLVE »³⁹ consiste en un ensemble de mesures et de matériels éducatifs permettant de traiter de façon intégrée, dans les entreprises, les problèmes du stress, de la consommation de drogues et d'alcool, de la violence, du VIH/sida et du tabagisme, l'action sur les organisations du travail n'étant pas mentionnée. Ces problèmes ont un effet cumulatif et ne peuvent être abordés isolément. Ils sont liés entre eux et par conséquent les mesures destinées à les résoudre doivent être, elles aussi, liées entre elles. Initialement conçu pour s'appliquer à n'importe quelle branche d'activité, le programme Solve a été spécialement adapté aux secteurs de la santé, de l'aviation civile et de la fonction publique (Organisation internationale du travail, 2005).

Ces démarches de type santé publique bénéficient de la promotion par les organismes internationaux et de l'accès facile à de larges populations de travail mais peuvent poser un problème éthique chez des populations de salariés dans la mesure où la relation contractuelle du travail qui établit un lien de subordination de l'employé vis-à-vis de l'employeur peut polluer l'adhésion ou pervertir le volontariat de ces salariés à de tels programmes. De plus quand ces programmes « clé en mains » sont préférentiellement ou exclusivement centrés sur les comportements individuels, ils n'explorent pas ou peu l'activité réelle de travail et l'ensemble des risques qu'elle engendre se privant ainsi d'une réelle efficacité en laissant de côté des facteurs collectifs de la santé au travail propres à une situation de travail donnée (Stavroula et coll., 2003).

Prévention du stress dans les TPE (Très petites entreprises)

Les activités de prévention évoquées ci-dessous sont généralement mises en œuvre dans de grandes ou des moyennes entreprises. Pour les petites ou très petites entreprises (moins de 50 travailleurs), les méthodes et les exemples sont plus limités. Dans une étude belge portant sur 180 entreprises, une sur six avait déjà réalisé un diagnostic « stress » et ce diagnostic n'était suivi d'actions que dans la moitié des cas, les petites entreprises étant encore moins actives pour le diagnostic (Hansez et coll., 2009). Même si les conditions matérielles et organisationnelles sont plus favorablement perçues par les salariés des TPE et si certains facteurs, comme la disponibilité du chef d'entreprise, apparaissent comme protecteurs, la vulnérabilité des travailleurs aux risques psychosociaux existe. Quand les conditions matérielles et organisationnelles sont perçues

39. http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang--fr/WCMS_081713/index.htm

comme mauvaises ou lorsque la reconnaissance du travail est faible, les répercussions sont rapides et de grande ampleur. Certains facteurs semblent plus spécifiques des petites structures : management par l'affectif, présence de jeux de pouvoir, forte demande de polyvalence, faible valorisation des salariés (DRTEFP, 2007 et 2008) mais les chefs de ces entreprises sont peu sensibilisés aux risques professionnels en général et notamment aux risques psychosociaux. Néanmoins, certaines interventions de prévention se sont développées en considérant tout un secteur d'activités soit d'une zone géographique donnée soit d'une grande entreprise. Ainsi dans le cadre des « *SME Funding Scheme 2002-2003* » gérés par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, un projet a été développé en Belgique, Allemagne et Pays-Bas et une démarche de prévention du stress a été mise en œuvre dans la restauration dans plusieurs secteurs géographiques. À partir d'invitations à des conférences de sensibilisation, étaient proposés, aux employés et employeurs, des séances de coaching et un travail d'analyse des contraintes et de recherche de solutions. Un autre dispositif coordonné d'envergure s'est développé, depuis 2007, en Midi-Pyrénées. Il concerne un réseau bancaire de 1 800 salariés et mobilise 78 médecins du travail. À partir d'une alerte émise par plusieurs médecins du travail, un projet multidisciplinaire a été mis en place à un niveau régional (Brun et coll., 2010). Une intervention de prévention du stress a également été élaborée spécifiquement pour 315 salariés exploitants agricoles et conjoints d'exploitants d'une région française. Le dispositif a consisté en une journée de formation/action qui permettait une sensibilisation sur le thème et une investigation des facteurs stressants. Sur la base des résultats de cette identification des « stressseurs », un accompagnement à la mise en place de solutions a été organisé (Delanoë et coll., 2010).

Par ailleurs, deux initiatives régionales en Provence - Alpes - Côte d'Azur et Midi-Pyrénées ont abouti à la création de guides, pour les médecins du travail, sur la gestion des risques psychosociaux dans les TPE (Catéis, 2008 ; Pierre et coll., 2010). Enfin, des outils étrangers plus spécifiquement destinés aux TPE sont également disponibles leur permettant d'être autonomes dans leurs démarches de prévention du stress : il s'agit du programme PME-Vital (voir ci-avant) et d'un outil Irlandais *Work Positive*⁴⁰ (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002b).

Ces différentes expériences sont intéressantes à analyser car elles pourraient être transposables aux travailleurs indépendants. Des actions menées chez des salariés d'une toute petite entreprise pourraient bénéficier au chef d'entreprise lui-même en termes d'amélioration de sa propre qualité de vie au travail mais aussi en termes de productivité pour l'entreprise. Ceci nous conduit à l'évaluation des actions de prévention, objet de la partie suivante de ce chapitre.

Évaluation des différentes méthodes de prévention

Comme on l'a vu précédemment, deux grandes familles d'interventions se mettent en place dans les entreprises, celles qui agissent en amont sur les facteurs organisationnels et les contraintes du travail (prévention primordiale ou primaire souvent à visée collective) et celles qui s'adressent aux individus pour renforcer leur capacité à résister au stress ou pour traiter les maladies liées au stress et retourner au travail (prévention secondaire et tertiaire souvent à visée individuelle). Cette partie va tenter d'apprécier, à travers la littérature disponible, quelle est l'efficacité respective de ces deux grands types d'interventions.

Évaluation des interventions de prévention du stress

Le tableau 15.I résume quatre revues de la littérature portant sur l'évaluation de l'efficacité des interventions de prévention du stress chronique chez les salariés (dont deux datent de 1996 et 1997) ainsi qu'une méta-analyse. On dispose également d'un rapport de six autres revues de la littérature qui analyse l'efficacité des interventions uniquement organisationnelles (Bergerman et coll., 2009). L'ensemble des auteurs s'accorde à dire que la méthodologie stricte des essais contrôlés randomisés est peu appliquée pour des raisons à la fois pratiques, éthiques et légales. Pourtant, le respect des critères de ces essais est décrit dans la littérature comme un standard de qualité de l'étude. Les essais sont décrits comme « quasi-expérimentaux », quand il y a un groupe témoin et une évaluation avant/après mais pas de randomisation, ou minimalistes avec une évaluation avant/après sans groupe témoin ni randomisation. Pour LaMontagne et coll., la qualité des études s'est nettement améliorée au cours du temps car le référentiel est mieux appliqué : 36 % des essais respectaient les standards de qualité entre 1990-1995 contre 69 % entre 2001-2005 (LaMontagne et coll., 2007a).

Tableau 15.1 : Évaluation des revues de littérature ou méta-analyses sur les interventions de prévention du stress au travail

	Revue (R) ou méta-analyse (M)				
	Murphy, 1996 (R) 1974-1994	van der Heck et Plomp, 1997 (R) 1987-1994	van der Klank et coll., 2001 (M) 1977-1996	LaMontagne et coll., 2007a (R) 1990-2005	Murta et coll., 2007 (R) 1977-2003
Nombre total d'interventions	83 (pour 64 études)	24	48	90	84
Années des publications	1974-1994	1987-1994	1977-1996	1990-2005	1977-2003
<i>Coping</i> passif					
1. Relaxation musculaire	13 (16%)*		17 (35%)*		
2. Méditation	6 (7%)*				
3. Biofeedback	4 (4%)*	20 (83%)*			41 (79%)*
<i>Coping</i> actif					
4. Approche cognitivo-comportementale	13 (16%)*		18 (37%)*		
5. Combinaisons (<i>coping</i> actif et passif)	30 (36%)*		8 (17%)*		
6. Intervention organisationnelle		2 (8%)*	5 (10%)*		2 (4%)*
7. Interface organisation/individu		2 (8%)*			9 (17%)*
Autres méthodes	17 (21%)*				
Principaux résultats	Les efficacités des interventions varient selon les <i>outcomes</i> mesurés. Les interventions cognitivo-comportementales semblent réduire les symptômes psychologiques de stress, la relaxation musculaire semble réduire les indicateurs physiologiques. La combinaison 1 et 4 est la plus répandue et la plus efficace sur tous les <i>outcomes</i> .	La plupart des études montrent un certain type d'effet mais, du fait de la grande hétérogénéité des études (taille du groupe, population cible, durée et fréquence du suivi... des conclusions globales sont impossibles. Nombreux problèmes méthodologiques relevés.	Bénéfices de toutes les interventions de prévention pour les salariés. Efficacité plus grande des interventions individuelles (1, 2 et 4). Parmi les approches individuelles, les approches cognitivo-comportementales sont plus efficaces que la relaxation et les combinaisons.	Les interventions orientées vers l'individu ont un impact effectif sur l'amélioration des variables individuelles. Ces interventions sont sans impact sur les variables organisationnelles à l'inverse des interventions organisationnelles qui peuvent avoir un impact sur les 2 types de variables.	Manque d'information pertinente sur la phase d'évaluation pour identifier les déterminants de l'efficacité sur les <i>outcomes</i> ou sur l'implémentation

* Nombre d'interventions (%) ; En grisé : non concerné

Revue de la littérature anciennes

Les résultats des revues anciennes de Murphy (1996) et Van der Heck et Plomp (1997) quant à l'efficacité des différentes méthodes d'intervention sont différents. Murphy avance que l'efficacité des interventions varie avec le type de mesures de santé effectuées et met en avant l'efficacité de la combinaison de deux interventions individuelles, la relaxation musculaire et des approches cognitivo-comportementales. Van der Heck est plus prudent relevant qu'aucune conclusion n'est possible compte tenu :

- des défauts méthodologiques : manque de groupe témoin et d'évaluation pré-post intervention, absence de randomisation et donc biais de sélection, non prise en compte des facteurs de confusion, faible qualification des intervenants, manque de pertinence de l'intervention, petits effectifs ;
- de la grande hétérogénéité entre les études sur de nombreux points : techniques de gestion du stress ou organisationnelles utilisées, taille et qualification du groupe d'intervention, métier et secteur d'activités, durée de l'intervention (de 1 journée à plusieurs mois), durée du suivi, fréquence du suivi (1 ou plusieurs mesures post-intervention), nature des *outcomes* : paramètres psycho-physiologiques (marqueurs biologiques, tests physiologiques...), troubles de l'humeur (échelles psychométriques), scores auto-évalués de symptômes de stress, de *burnout* ou de satisfaction au travail, indicateurs organisationnels de productivité, d'absentéisme...

Revue de la littérature récentes

La méta-analyse de van der Klink plus récente (van der Klink et coll., 2001) a porté sur 3 736 sujets issus de 48 études qui ont été sélectionnées sur la qualité méthodologique du protocole et la fiabilité des données. Néanmoins, seules 20 études sur 48 comportent une évaluation avant/après. Cette méta-analyse visait la population des personnes au travail supposées déjà présenter des problèmes psychologiques liés au stress au travail. L'intervalle moyen entre l'évaluation pré- et post-intervention est de 9 semaines (écart-type=6 semaines) pour les interventions orientées vers l'individu et 38 semaines pour les interventions organisationnelles. Le pourcentage de perdus de vue entre les deux évaluations varie de 0 à 40 % du suivi avec une moyenne de 11 % pour les interventions de gestion individuelle et de 26 % pour les interventions organisationnelles. Les mesures de santé prises en compte sont :

- la qualité de vie au travail incluant la perception des contraintes : exigence, contrôle, support social ;
- les ressources psychologiques : estime de soi, capacité à faire face, maîtrise de soi ;
- les marqueurs physiologiques : activité électromyographique, tension, adrénalinémie ;
- les symptômes de stress, de *burnout*, anxio-dépressifs ;
- l'absentéisme.

Le résultat le plus surprenant est le faible effet des interventions organisationnelles contrairement à l'abondante littérature qui montre une plus grande efficacité de ce type d'intervention de prévention (Kompier et Cooper, 1999 ; Vézina et coll., 2004 ; Stavroula et Cox, 2008). Dans l'étude de Van der Klink et coll., les interventions organisationnelles ne représentaient que 10 % de l'ensemble des interventions. Des paramètres spécifiques de l'entreprise (ambiance générale, qualité du leadership, justice organisationnelle) n'ont pas été pris en compte et peuvent empêcher l'amélioration d'une situation même si l'intervention est bien faite. Deux autres facteurs sont avancés par l'auteur. D'une part les *outcomes* – effets des interventions – pris en compte dans les interventions organisationnelles sont individuels et un seul est organisationnel : l'absentéisme. Le retentissement sur l'individu des modifications du contenu du travail, de son organisation, demande peut-être plus de temps que celui dans lequel se font les évaluations. D'autre part, les interventions organisationnelles visent souvent à améliorer un aspect du travail (par exemple à augmenter le contrôle pour l'ensemble des salariés) mais sans adapter cette stratégie aux sujets. Certains travailleurs peuvent être peu adaptés au changement en général et à cette plus grande autonomie en particulier, ce qui nécessiterait qu'ils soient soutenus pendant ces périodes de changement organisationnel ce que des sociologues soulignent également (Loriol, 2010).

Encore plus récemment, La Montagne et coll. ont évalué 90 interventions publiées entre 1990 et 2005 et les ont classées, non pas selon leurs objectifs mais sur des critères méthodologiques (évaluation avant/après, randomisations, groupe témoin) : 33 % ont un haut niveau d'excellence, 19 % sont intermédiaires et 48 % sont faibles sur le plan méthodologique avec, comme cité précédemment, une amélioration progressive au cours du temps (LaMontagne et coll., 2007a). Même si la méthodologie est défectueuse, les interventions orientées vers l'individu ont effectivement un impact sur l'amélioration des variables individuelles mais pas d'impact sur les variables organisationnelles. À l'inverse, les interventions organisationnelles de haute et moyenne qualité ont un impact sur les deux types de variables. Les principales conclusions de cette revue sont d'une part que les interventions organisationnelles semblent plus efficaces que celles qui visent l'individu ce qui rejoint une affirmation récurrente de la littérature (Kompier et Cooper, 1999 ; Vézina et coll., 2004 ; Stavroula et Cox, 2008) et d'autre part que les interventions individuelles sont un complément essentiel aux interventions organisationnelles. Les auteurs concluent que les stratégies les plus efficaces doivent combiner préventions primaire, secondaire et tertiaire (LaMontagne et coll., 2007a).

En 2007 également, Murta et coll. publient une revue qui s'intéresse aux conditions de réussite des interventions. Sur 84 études publiées entre 1977 et 2003, 62 % ont au moins une composante évaluative, 58 % se situent en Amérique du Nord et 25 % en Europe. Les 2/3 sont conduites dans le secteur de la santé, 17 % dans celui de l'enseignement et 17 % en milieu industriel. Si

les auteurs, comme précédemment van der Heck, ne peuvent conclure sur les déterminants efficaces tant à la phase de l'implémentation qu'à celle de l'évaluation, ils relèvent des variables bénéfiques à une intervention : l'engagement et le support de la direction dans l'intervention, la durée de l'intervention, la perception qu'ont les participants de l'intervention et l'évaluation continue de cette perception et de ses effets au cours de l'intervention (Murta et coll., 2007).

En 2009, le rapport de l'*Institute of Health Economics* (Bergerman et coll., 2009) a sélectionné 6 revues de la littérature sur des critères de qualité de deux outils bibliométriques spécifiques des revues de la littérature (*Amstar* et *Quality Assessment Checklist*) excluant les 5 revues de littérature citées dans le tableau 15.I. Ces 6 revues, publiées entre 2003 et 2007, concernent 60 essais portant sur l'évaluation d'interventions organisationnelles de prévention du stress au travail ; 3 revues ne concernent que les personnels de santé (Mimura et Griffiths, 2003 ; Gilbody et coll., 2006 ; Marine et coll., 2006) et les 3 autres incluent des populations d'employés et fonctionnaires divers (*British Occupational Health Research Foundation*, 2005 ; Bambra et coll., 2007 ; Egan et coll., 2007). Les auteurs relèvent la variabilité considérable des classifications des interventions, des types d'interventions utilisées et des instruments de mesure des *outcomes*. Les 3 interventions les plus utilisées dans les entreprises sont la re-définition du poste de travail, le développement de la participation et de l'autonomie et la formation, lesquelles apparaissent comme les plus efficaces sur les *outcomes* ce qui peut relever de leur surreprésentation dans les études. En ce qui concerne le stress, deux essais classés par les auteurs « de bonne qualité » mettent en évidence une diminution du stress chez les employés : il s'agit, pour l'un, d'un programme de formation psychologique pour des infirmières d'un service d'oncologie avec des aspects théoriques, des jeux de rôle et des partages d'expériences et, pour l'autre, de la mise en place d'équipes d'actions, au sein desquelles des représentants du personnel (salariés d'un magasin de vente au détail) travaillent avec la direction et les employés pour améliorer la communication et la cohésion, les horaires de travail, la résolution des conflits et la reconnaissance du travail. Vingt-deux essais sont détaillés dans ce rapport mettant souvent en évidence, suite à des actions organisationnelles, une amélioration sur les *outcomes* suivants : *burnout*, bien-être psychologique, absentéisme et *turn-over*. Malgré ces constatations, la conclusion générale est assez en retrait soulignant que l'amélioration sur des *outcomes* des actions organisationnelles (comparées à une combinaison de différents types d'interventions ou à l'absence d'interventions) est limitée. Pour établir leurs conclusions, les auteurs s'appuient, d'une part, sur celles des six revues de la littérature sélectionnées (Mimura et Griffiths, 2003 ; *British Occupational Health Research Foundation*, 2005 ; Gilbody et coll., 2006 ; Marine et coll., 2006 ; Bambra et coll., 2007 ; Egan et coll., 2007, cités par Bergerman et coll., 2009) qui ne s'intéressent pas seulement aux interventions organisationnelles mais comparent entre elles les deux types d'interventions (organisationnelles *versus* individuelles) ; ces dernières soulignent que

les actions organisationnelles bénéficient sûrement aux salariés qui occupent des postes de travail à problèmes sans forcément affecter l'ensemble des salariés, ce qui donc n'améliore pas les indicateurs globaux. D'autre part, ils se réfèrent à leurs propres résultats, soit le nombre d'essais classés de bonne qualité améliorant la situation *versus* aucun effet ou effet aggravant : 2 essais positifs sur 11 pour le stress, 2 sur 9 pour le *burnout*, 7 sur 26 pour le bien-être psychologique, 7 sur 11 pour l'absentéisme et 3 sur 4 pour le *turn-over*.

Bilan de l'évaluation des interventions de prévention du stress

L'ensemble de ces revues sont concordantes sur deux aspects : importance persistante des interventions individuelles qui représentent toujours 80 % des publications et besoin d'amélioration des méthodologies et protocoles d'intervention pour pouvoir attribuer les résultats aux interventions. Cependant, deux revues (van der Klink et coll., 2001 ; Bergerman et coll., 2009) remettent en question l'idée bien établie de la meilleure efficacité des interventions organisationnelles. En effet, les essais publiés sur des interventions organisationnelles peinent à mettre en évidence un effet positif de leurs actions sur les *outcomes* individuels (mesures de perception du travail ou de santé). Outre les explications apportées par les auteurs eux-mêmes et évoquées plus haut, on peut souligner, en sus de la très grande diversité des activités mises en place dans les situations de travail, la description très succincte, dans les articles, des interventions souvent relatées par des termes génériques (re-définition du poste de travail, développement de la participation, formation...) dont le contenu et la durée réels sont très différents, ce qui entrave l'évaluation globale de l'efficacité des actions. De plus, on peut postuler que « l'appartenance des individus » à une même situation de travail au niveau le plus proche de ses conditions réelles de travail (atelier, service...) n'est pas prise en compte dans les études d'intervention. En effet, si on veut comparer l'amélioration de marqueurs individuels de salariés qui travaillent dans une même structure, il faudrait considérer une analyse à au moins deux niveaux, celui de l'individu et celui de son atelier ou service ou de son entreprise (si plusieurs entreprises sont participantes), ce qui permettrait de prendre en compte des facteurs de variation non mesurés propres à chaque organisation de travail (Morrison et Payne, 2003 ; Holman et coll., 2010). Une autre explication sur les résultats négatifs de certaines interventions organisationnelles est avancée par Nielsen et coll. lesquels démontrent, sur la base de 11 interventions organisationnelles menées au Danemark et d'un modèle d'équations structurelles, que dans le succès ou l'échec d'une intervention, la perception a priori qu'ont les salariés de l'intervention elle-même pourrait jouer un rôle prédominant, ce qui n'est pas toujours pris en compte dans les évaluations. Enfin, il est mis en avant dans la littérature que les échecs des interventions de prévention sont souvent liés à l'erreur de type 3 (effet de l'intervention nulle mais la mise en œuvre des actions est défectueuse) et que ce n'est pas tant l'intervention elle-même qui est défectueuse mais « l'implémentation » qui s'est mal déroulée (Aust et coll., 2010). Pour cerner au mieux cet aspect, Randall et coll.

proposent un nouveau questionnaire qui mesure l'IPM, *Intervention Process Measure* (Randall et coll., 2009). Enfin, dans l'objectif de réduire les écarts entre perception des employés et des employeurs sur les causes de stress et les divergences sur les actions à mettre en œuvre, trois auteurs, Kendall, Vézina et Malchaire proposent des outils d'analyse des situations de travail stressantes et des guides pour l'action (Malchaire et coll., 2007 ; Kendall et Muenchberger, 2009 ; Vézina et coll., 2009).

Évaluation des interventions de promotion de la santé au travail

En ce qui concerne la promotion de la santé au travail, une revue de 46 études (menées entre 1970 et 2005) met en évidence un effet modéré de celle-ci sur l'absentéisme et la capacité de travail, sur le bien-être mental mais pas physique et aucun effet sur les rentes d'incapacités (Kuoppala et coll., 2008). La revue de LaMontagne (2007a) répertoriait 8 études sur des actions de promotion de la santé au travail (activité physique, tabagisme, consommation d'alcool et gestion du stress) : 5 sur 8 ont un haut niveau méthodologique. L'intégration de la promotion de la santé au travail avec la prévention primaire serait capable d'être efficace sur les niveaux organisationnel et individuel. Une méta-analyse sur 17 des 22 études publiées entre 1997 et 2007 (Martin et coll., 2009) étudie les effets de la promotion de la santé au travail sur les troubles anxio-dépressifs chez 3 409 employés : l'impact est faible mais significatif sur les scores de dépression et d'anxiété mais aucun effet n'est trouvé sur les mesures composites de santé mentale. Une autre méta-analyse portant sur 38 231 sujets ayant participé à des interventions entre 1969 et 2007 (Conn et coll., 2009) a montré l'effet de l'activité physique sur tous les marqueurs de santé physique et sur le *job stress* mais, encore une fois, les auteurs signalent des problèmes méthodologiques majeurs : décalage entre les bénéfices théoriques attendus des activités et les *outcomes* mesurés, interventions mal définies sans effet théorique sur les effets de santé, évaluation sur les effets de santé et non sur la perception de l'intervention, erreur de type 3. L'efficacité de la promotion de la santé au travail est suggérée à travers ces revues et méta-analyses mais les problèmes méthodologiques sont, tout comme pour les interventions de prévention du stress, assez majeurs ne permettant pas de conclusions définitives.

D'autres revues de la littérature portent sur les effets des interventions sur des populations spécifiques : des soignants (Ruotsalainen et coll., 2008) ou des sujets dépressifs (Nieuwenhuijsen et coll., 2008) ou des populations présentant des problèmes particuliers : *burnout* (Awa et coll., 2010), troubles musculo-squelettiques (Van Oostrom et coll., 2009) ou encore santé mentale (Corbière et coll., 2009) détaillées dans le chapitre suivant (voir le chapitre sur la surveillance et prévention selon le secteur d'activité).

Évaluation des interventions ergonomiques

Une publication très récente a synthétisé les procédures et conditions nécessaires pour mettre en place des interventions participatives ergonomiques à partir d'une revue de la littérature portant sur 52 interventions qui respectaient les critères de qualité. Ces interventions visent à réduire des dysfonctionnements organisationnels (absentéisme, coûts associés, accidents...) ou des troubles musculosquelettiques. Les changements induits par ces interventions sont documentés et les effets de l'intervention sont positifs dans 85 % des cas et négatifs dans 17 % des cas. Des recommandations sont avancées pour améliorer l'efficacité : adaptabilité des approches au contexte et aux besoins de la situation de travail, des tâches et des travailleurs (van Eerd et coll., 2010).

En ce qui concerne les autres approches de prévention évoquées précédemment pour la France, nous n'avons pas pu identifier de publications internationales relatives à l'évaluation d'interventions ayant eu recours à ces approches qui permettraient d'apporter des éléments sur leur efficacité.

Considérations méthodologiques sur l'évaluation des interventions de prévention

L'évaluation des interventions de prévention renvoie à des débats plus théoriques (Griffiths, 1999 ; Randall et coll., 2005 ; Nielsen et coll., 2006 ; Semmer, 2006 ; LaMontagne et coll., 2007b ; Randall et coll., 2007 ; Nielsen et coll., 2010a et b ; Stavroula et coll., 2010) :

- sur le manque de pertinence de l'essai randomisé contrôlé, héritage de la pratique des essais thérapeutiques, pour une intervention organisationnelle ; en effet, si l'*outcome* est souvent unique et simple dans les essais thérapeutiques, il est multiple et complexe dans les interventions organisationnelles ; le groupe témoin (atelier ou entreprise voisine) dans les interventions organisationnelles est non seulement difficile à trouver mais souvent « pollué » par le groupe d'intervention ;
- sur la nécessité de considérer, pour la mise en place d'une action, non seulement le niveau global de l'entreprise mais aussi le niveau plus spécifique des groupes de travail (atelier, bureau, métier) voire individuel pour adapter les actions aux différences ;
- sur la nécessité d'associer aux évaluations quantitatives, des évaluations qualitatives qui aident à mieux en cerner l'efficacité réelle et à évaluer l'impact des changements, autres que le plan d'action, qui surviennent de façon permanente dans les entreprises ;
- sur l'importance du contexte réglementaire mis en place par les pouvoirs publics pour favoriser les initiatives dans les situations de travail.

Prévention des risques psychosociaux au travail chez les indépendants

Les interventions de prévention peuvent s'adresser aux indépendants qui en sont alors les bénéficiaires directs mais également aux salariés des indépendants, les indépendants eux-mêmes étant alors acteurs de la prévention. Dans la première situation, les indépendants, de part leur spécificité, peuvent bénéficier d'actions de prévention adaptées à leur contexte de travail qui vont être développées ci-après. Dans la deuxième situation, les descriptions précédentes, en particulier des actions de prévention dans les TPE et l'évaluation qu'il en est faite, sont applicables directement. En outre, si la prévention du stress et des risques psychosociaux était autrefois sans ancrage, elle est, maintenant, en France, obligatoire car partie intégrante de la prévention des risques professionnels.

Contraintes et facteurs organisationnels propres aux indépendants

Les trois catégories principales de non-salariés (commerçants, artisans et chefs d'entreprise) sont exposées, au sens du modèle de Karasek, à une forte demande psychologique mais à une grande marge de manœuvre à l'exception des « nouveaux/faux » indépendants qui voient leur autonomie décisionnelle très diminuée du fait de leur subordination à une seule entreprise ; ils consentent des efforts importants pour leur activité professionnelle mais peuvent en retirer des bénéfices conséquents (au sens du modèle de Siegrist), sinon monétaires mais en termes de reconnaissance de la part de la clientèle.

Certains facteurs organisationnels sont également communs aux trois catégories d'indépendants : les heures de travail prolongées (ou la grande quantité de travail), les changements permanents, les difficultés à concilier travail/vie personnelle et l'insécurité de l'emploi (Rivière et Talon, 2010). D'autres contraintes sont propres aux professions libérales et artisans/commerçants : relations avec le public et l'exposition aux violences externes. Pour les professions libérales, l'exposition à la souffrance et à la mort constitue un facteur organisationnel spécifique.

Au-delà de l'exposition au stress les travailleurs indépendants peuvent, comme tous les professionnels en relation avec le public, être confrontés à la violence des usagers, clients, patients (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, 2010).

Interventions chez les indépendants

Pour ce qui est des programmes de prévention chez les indépendants, une seule publication, à notre connaissance, traite de l'évaluation d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale sur le retour au travail, celle de Blonk et coll. (2006). Il était proposé à des travailleurs indépendants qui

déclaraient à leur assurance privée une incapacité de travail pour une affection psychologique de participer à une recherche-action. Après information et examen psychiatrique, les participants ont été répartis aléatoirement dans les trois conditions d'expérimentation :

- un programme structuré de thérapie cognitivo-comportementale (11 sessions de 45 minutes 2 fois par semaine) assuré par des psychologues formés ;
- un programme d'interventions combinées orienté vers une psychoéducation sur le stress au travail (enregistrement des symptômes et des situations, relaxation, thérapie comportementale sur les émotions...) (6 sessions d'une heure 2 fois par semaine) assuré par des *labour experts*, intervenants en santé au travail aux Pays-Bas, chargés de concevoir les interventions sur les lieux du travail et d'aider les personnes en arrêt maladie à reprendre le travail ;
- un groupe témoin avec deux visites de contrôle de la justification de l'arrêt maladie (à l'annonce de l'arrêt et 4 mois plus tard) assurées par le médecin de la compagnie d'assurance.

Les *outcomes* pris en compte sont les durées d'arrêt du travail (jusqu'à la reprise à temps partiel et à temps complet) et les scores de deux échelles psychologiques sur la dépression-anxiété et le *burnout*. Trois mesures ont été réalisées, avant l'intervention, puis 4 mois et 10 mois après l'intervention. Les interventions ont commencé 2 à 3 semaines après la déclaration à l'assurance. Les effectifs finaux dans les trois groupes étaient respectivement de 40, 40 et 42 personnes. Avant l'intervention, il n'y pas de différences entre les trois groupes pour ce qui est des différents scores des échelles dépression-anxiété et *burnout*. Les résultats des programmes de prise en charge sont assez inattendus : le programme d'interventions combinée apparaît, sur les durées de reprise du travail à temps partiel et à temps complet, comme plus efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour laquelle les durées d'absentéisme sont équivalentes à la situation témoin. En revanche, aucune différence n'est observée entre les trois groupes pour les symptômes psychologiques même si on observe une diminution des symptômes psychologiques dans les trois conditions au cours du temps (Blonk et coll., 2006).

Quelle prévention pour les indépendants ?

Compte tenu de l'absence de services de santé au travail pour les travailleurs indépendants, il faut concevoir une prévention globale des risques professionnels dont l'un des volets est la prévention du stress combinant les trois approches : prévention primaire, secondaire et tertiaire, agissant tant sur le plan individuel que collectif et intégrant la promotion de la santé au travail qui ne pose pas, chez les indépendants, les mêmes problèmes éthiques que chez les salariés. Sur le plan individuel, on peut imaginer la conception d'un site Web « prévention du stress et des risques psychosociaux et promotion de la santé » sur la base des expériences évoquées plus haut pour les TPE (Vital-PME, Entreprises en santé, *Work positive...*). Sur le plan collectif, les expériences rapportées dans les secteurs de la restauration ou chez les agriculteurs

(qui ont un statut d'indépendants) pourraient servir d'exemples. Le recours aux structures collectives déjà existantes (chambres de commerce et d'industrie, syndicats, ordres professionnels...) apparaît comme indispensable.

La prévention de la violence externe a fait l'objet de nombreuses publications et les recommandations sur la prévention sont maintenant stabilisées. En prévention primaire, il s'agira de dispositions techniques des espaces de travail accueillant le public (conception soignée des espaces d'attente et poste de travail permettant un repli en cas de besoin) et de mesures organisationnelles sur la gestion de l'attente des clients. En prévention secondaire, il est primordial de proposer régulièrement des formations sur la gestion du public et la gestion des conflits. Enfin, en cas de violences verbales ou physiques, il faut que le travailleur ait connaissance d'une procédure à suivre tant pour réagir à la situation immédiate (alerte, appel des numéros d'urgence...) qu'à distance (main courante, suivi psychologique...) (CARSAT Languedoc-Roussillon, 1999 ; VandenBos et Bulatao, 2002 ; CARSAT Auvergne 2010).

En conclusion, la prévention du stress au travail et plus largement des risques psychosociaux bénéficie d'une trentaine d'années d'expériences. Malgré le nombre important de publications traitant d'évaluation d'actions de prévention, leur très grande hétérogénéité empêche de mettre en évidence les paramètres déterminants d'une action efficace tant dans le domaine de la prévention individuelle qu'organisationnelle.

En ce qui concerne la prévention organisationnelle, ce manque est relatif au plus faible nombre de publications et à la plus grande difficulté à mesurer l'amélioration d'une situation de travail. Comme un plan de prévention se conçoit sur mesure pour une situation de travail donnée, seule l'évaluation formelle ou le suivi d'indicateurs d'alerte permettra d'ajuster et de réajuster le plan d'action. Sans groupe témoin et randomisation, il ne sera pas scientifiquement possible d'attribuer au plan d'action les éventuelles améliorations observées. Néanmoins, ce qui est souvent visé dans une intervention, c'est l'amélioration pragmatique de la situation qu'elle soit liée à l'action elle-même ou à la mobilisation qu'elle a engendrée. La question centrale pour l'évaluation de la prévention organisationnelle est la définition d'un référentiel de bonnes pratiques adapté qui dépasse les préconisations des essais randomisés contrôlés et intègre les acquis des sciences sociales qui ont également travaillé dans le domaine de l'évaluation des pratiques, des changements...

En ce qui concerne la prévention individuelle, malgré le nombre très important d'essais on n'arrive pas non plus à déterminer les paramètres déterminants pour leur bonne efficacité : durée minimale d'une action de gestion individuelle du stress, évolution dans le temps des acquis et éventuelle réactivation ?

Se dégagent néanmoins quelques bonnes pratiques : nécessité d'une méthode rigoureuse respectant les trois phases évoquées plus haut (conception,

« implémentation », évaluation), combinaison des préventions primaire, secondaire et tertiaire, actions organisationnelles qui tiennent compte des différences entre groupes de travailleurs, associations de méthodes d'évaluation quantitative et qualitative.

L'ancrage de la prévention des risques psychosociaux dans celle plus générale des risques professionnels permet de prendre en compte plus systématiquement ces nouveaux risques et de mettre en place des plans de prévention adaptés au contexte.

La prévention des risques psychosociaux (stress et violences) pourrait, chez les indépendants, être associée à la promotion de la santé qui ne pose pas, chez ces travailleurs, les mêmes problèmes éthiques que chez les salariés. Elle doit être envisagée comme une prévention globale (primaire, secondaire, tertiaire), intégrée dans la prévention des risques professionnels, collective s'appuyant sur les organisations professionnelles existantes et individuelle s'appuyant sur les nouvelles technologies de communication, et bien ciblée sur les contraintes spécifiques aux indépendants.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL. Working on stress. Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice. Office des publications officielles de la communauté européenne, Luxembourg, 2002a : 63-65

AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL. How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Office des publications officielles de la communauté européenne, Luxembourg, 2002b, 127p

AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL. Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux émergents (ESENER: European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - Managing safety and health at work). Résumé sur : <http://agency.osha.eu.>, 2010, 16p. Résultats plus détaillés sur : <http://www.esener.eu.>, 2010

AUST B, RUGULIES R, FINKEN A, JENSEN C. When workplace interventions lead to negative effects: Learning from failures. *Scand J Pub Health* 2010, **38** : 106-119

AWA WL, PLAUMANN M, WALTER U. Burn-out prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 2010, **78** : 184-190

BAMBRA C, EGAN M, THOMAS S, PETTICREW M, WHITEHEAD M. The psychosocial and health effects of workplace reorganization 2: A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007, **61** : 1028-1037

BERGERMAN L, CORABIAN P, HARSTALL C. Effectiveness of organizational interventions for the prevention of occupational stress. Institute of Health Economics, Edmonton AB Canada, Report January 2009, 77p

BLOK RWB, BRENNINKMEIJER V, LAGERVELD SE, HOUTMAN ILD. Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress* 2006, 20 : 129-144

BONITA R, BEAGLEHOLE R, KJELLSTRÖM T. Basic epidemiology. 2nd edition. World Health Organization, 2006, 226p

BRITISH OCCUPATIONAL HEALTH RESEARCH FOUNDATION. Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations. London, UK: British Occupational Health Research Foundation, 2005

BRUN C, NIEZBORALA M, BOURDÈS JF. Intérêt d'un dispositif coordonné au niveau régional pour la prévention des risques psychosociaux (RPS) en milieu bancaire. *Archives des Maladies Professionnelles* 2010, 71 : 292

CARSAT (CAISSE D'ASSURANCE RETRAITE ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL) AUVERGNE. Prévention de la violence. Professionnels en contact avec le public. CARSAT, Clermont-Ferrand, 2010, 18p

CARSAT (CAISSE D'ASSURANCE RETRAITE ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL) LANGUEDOC-ROUSSILLON. La prévention du risque d'agression des salariés en contact avec le public. Recommandation adoptée par les Comités Techniques Régionaux de la CRAM du Languedoc-Roussillon, juin 1999, 16p

CATÉIS. Guide Prévention des risques psychosociaux au sein des TPE. Marseille, Catéis, 2008, 60p

CDC/NIOSH (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH). The changing organization of work and the safety and health of working people. 2002, 26p

CHOUANIERE D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. *Documents pour le Médecin du Travail* 2006, 106 : 169-186

CHOUANIERE D. Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ? *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2009, 25-26 : 261-265

CHU C. De la promotion de la santé sur le lieu du travail (PST) à la gestion intégrée de la santé au travail (GST) : tendances et évolution. Le réseau Mondial pour la santé au travail, GOHNET (The Global Occupational Health Network), 2003, 6 : 1-4

COMMISSION EUROPÉENNE. Manuel d'orientation sur le stress lié au travail – Piment de la vie... ou coup fatal ? Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000, 167p

CONN VS, HAFDAHL AR, COOPER PS, BROWN LM, LUSK SL. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med* 2009, 37 : 330-339

CORBIÈRE M, SHEN J, ROULEAU M, DEWA C. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work - A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation* 2009, 33 : 81-116

COX T, GRIFFITHS A, RIAL-GONZALEZ E. Pour l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Recherche sur le stress au travail. Luxembourg, Office des publications officielles de la communauté européenne, 2000, 167p

DE KEYSER V, HANSEZ I. Vers une perspective transactionnelle du stress au travail : pistes d'évaluations méthodologiques. *Cahiers de Médecine du Travail* 1996, 33 : 133-144

DEBOUT M. Travail, violences et environnement. Avis adopté par le Conseil Economique et Social. 1999. <http://www.ces.fr/rapporti/texte.asp?Repertoire=99112420&ref=1999-20>

DELANOË M, DEMAY V, HARMANDON F, MILLET P. La formation/action ou comment aborder le stress dans les petites entreprises. *Archives des Maladies professionnelles* 2010, 71 : 295-296

DÉRIOT G. Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action. Rapport d'information n° 642 (2009-2010) fait au nom de la Mission d'information sur le mal-être au travail et de la commission des affaires sociales, déposé le 7 juillet 2010

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL. Plan Santé au Travail 2010-2014. Édition du Ministère du travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique, Paris, 2009, 50p

DOLLARD MF, LE BLANC PM, COTTON SJ. Participatory action research as work intervention. In : The individual in the changing working life. NÄSWALL K, HELLGREN J, SVERKE M (eds). Cambridge, 2008 : 353-379

DRTEFP (DIRECTION RÉGIONALE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE) PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, CATÉIS. Étude-action sur l'intervention des médecins du travail au sein des TPE dans le cadre de la prévention des RPS. Document de synthèse, 2007, 13p

DRTEFP (DIRECTION RÉGIONALE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE) PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, CATÉIS. Prévenir les risques psychosociaux au sein des TPE. Guide d'appui à l'attention des médecins du travail, 2008, 72p

EGAN M, BAMBRA C, THOMAS S, PETTICREW M, WHITEHEAD M, THOMSON H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007, 61 : 945-954

ETUC/CES, BUSINESSSEUROPE50, CEEP, UEAPME. Implementation of the European autonomous framework agreement on work-related stress. Report by the European Social Partners adopted at the Social Dialogue Committee at June 2008, 51p

EUROGIP. Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne. Note thématique. Janvier 2010, 47, 22p. http://www.eurogip.fr/fr/docs/Eurogip_RPSautravail_2010_47F.pdf

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. Fourth european working conditions survey. 2007, rapport, 139p

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. Physical and psychological violence at the workplace. Dublin, Eurofound, 2010, 22p

FARQUHAR JW. Primordial prevention: the path from Victoria to Catalonia. *Prev Med* 1999, 29 (6 Pt 2) : S3-S8

GARDELL B. Psychosocial aspects of industrial product methods. In : Stress and disease. Vol 4. LEVIL (ed). Oxford, Oxford University Press, 1981 : 65-75

GIGA SI, NOBLET AJ, FARAGHER B, COOPER CL. The UK perspective: a review of research on organizational stress management interventions. *Australian Psychologist* 2003, **38** : 158-164

GILBODY S, CAHILL J, BARKHAM M, RICHARDS D, BEE P, GLANVILLE J. Can we improve the morale of staff working in psychiatric units? A systematic review. *Journal of Mental Health* 2006, **15** : 7-17

GOLDENHAR LM, LAMONTAGNE AD, KATZ T, HEANEY C, LANDSBERGIS P. The intervention research process in occupational safety and health: an overview from the national occupational research agenda intervention effectiveness research team. *JOEM* 2001, **43** : 616-622

GRIFFITHS A. Organizational interventions. Facing to limits of the natural science paradigm. *Scand J Work Environ Health* 1999, **25** : 598-596

HANSEZ I, BERTRAND F, BARBIER M. Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges : facteurs bloquants et facteurs stimulants. *Travail humain* 2009, **72** : 127-153

HARKNESS AMB, LONG BC, BERMBACH N, PATTERSON K, JORDAN S, et coll. Talking About Work Stress: Discourse Analysis and Implications for Stress Interventions. *Work & Stress* 2005, **19** : 121-136

HOLMAN DJ, AXTELL CM, SPRIGG CA, TOTTERDELL P, WALL TD. The mediating role of job characteristics in job redesign interventions: a serendipitous quasi-experiment. *J Organizational Behavior* 2010, **31** : 84-105

HURRELL JJ, JR., MURPHY LR. Occupational Stress Intervention. *Am J Ind Med* 1996, **29** : 338-341

INRS (INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITÉ). Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider. INRS, ED 6012, Paris, 2007a, 47p

INRS (INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITÉ). Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention. INRS, ED 6011, Paris, 2007b, 31p

KENDALL E, MUENCHBERGER H. Stress at Work: Using a Process Model to Assist Employers to Understand the Trajectory. *Work-A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation* 2009, **32** : 19-25

KOMPIER M, CHRISTENSEN T. Organizational Work Stress Interventions in a Theoretical, Methodological and Practical Context. In : Stress in the workplace: past, present and future. DUNHAM J (ed). Whurr Publishers, London, 2000 : 164-190

KOMPIER M, COOPER C. Preventing stress improving productivity. European case studies in the workplace. London, Routledge, 1999, 336p

KUOPPALA J, LAMMINPAA A, HUSMAN P. Work health promotion, Job well-being and sickness absences. A systematic review and meta-analysis. *JOEM* 2008, **50** : 1216-1226

LACHMANN H, LAROSE C, PENICAUD M. Bien-être et efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Rapport fait à la demande du Premier ministre. Février 2010, 19 pages. http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/02_17_Rapport_-Bien-etre_et_efficacite_au_travail-.pdf

LAMONTAGNE AD, KEEGEL T, LOUIE AM, OSTRY A, LANDSBERGIS PA. A Systematic Review of the Job-Stress Intervention Evaluation Literature, 1990-2005. *Int J Occup Environ Health* 2007a, **13** : 268-280

LAMONTAGNE AD, KEEGEL T, VALLANCE D. Protecting and Promoting Mental Health in the Workplace: Developing a Systems Approach to Job Stress. *Health Promot J Austr* 2007b, **18** : 221-228

LEROUGE L. Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal. L'Harmattan, Paris, 2009, 264p

LEROY JF, FAULX D. Agir sur les souffrances relationnelles au travail. Manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail. Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale, Bruxelles, 2006, 147p

LORIOU M. Agir contre le stress et les risques psychosociaux au travail. *Regards sur l'actualité* 2010, **363** : 52-63

MALCHAIRE J, PIETTE A, MOENS G, BOODTS S, SCHIETECATTE A, et coll. Stratégie SOBANE et guide de dépistage DEPARIS. Bruxelles, Direction générale Humanisation du travail, 2007, 106p. www.sobane.be

MARINE A, RUOTSALAINEN J, SERRA C, VERBEEK J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2006, **4** : CD002892

MARTIN A, SANDERSON K, COCKER F, HONS BA. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health* 2009, **35** : 7-18

MIMURA C, GRIFFITHS P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine* 2003, **60** : 10-15

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE. Accord national interprofessionnel Stress au travail du 2 juillet 2008. Conventions collectives. NOR : ASET0950010M : 117-121

MORRISON DL, PAYNE RL. Multilevel Approaches to Stress Management. *Australian Psychologist* 2003, **38** : 128-137

MURPHY LR. S Workplace interventions for stress reduction and prevention. In : Causes, coping and consequences of stress at work. COOPER CL, PLAYNE R (eds). New York, Wiley, 1988 : 301-339

MURPHY LR. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *Am J Health Promotion* 1996, **11** : 112-135

MURPHY LR, SCHOENBORN TF. Stress management in work settings. DHHS, NIOSH, 1987, N° 87-111, 190p

MURTA SG, SANDERSON K, OLDENBURG B. Process Evaluation in Occupational Stress Management Programs: a Systematic Review. *Am J Health Promot* 2007, **21** : 248-254

NIELSEN K, FREDSLUND H, CHRISTENSEN CB, ALBERTSEN K. Success or failure? Interpreting and understanding the impact of interventions in four similar worksites. *Work and Stress* 2006, **20** : 272-287

- NIELSEN K, RANDALL R, ALBERTSEN K. Participants' appraisals of process issues and the effects of stress management interventions. *J Organizational Behavior* 2007, **28** : 793-810
- NIELSEN K, TARIS TW, COX T. The future of organizational interventions: Addressing the challenges of today's organizations. *Work and Stress* 2010a, **24** : 219-233
- NIELSEN K, RANDALL R, HOLTEN AL, RIAL-GONZALEZ E. Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work and Stress* 2010b, **24** : 234-259
- NIEUWENHUIJSEN K, BÜLTMANN U, NEUMEYER-GROMEN A, VERHOEVEN AC, VERBEEK JH, et coll. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **2** : CD006237
- ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL. Actualités du Programme SOLVE : comment traiter les problèmes psychosociaux au travail. *Travail, le Magazine de l'OIT* 2005, **54** : 43-44
- PIERRE E, BRUN C, ABRIBAT D, CORMON C, HARMANDON F. Le risque psychosocial dans les TPE-PME : une démarche pluridisciplinaire interservices pour construire un outil spécifique. *Archives des Maladies professionnelles* 2010, **71** : 290
- RANDALL R, COX T, GRIFFITHS A. Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs. *European J Work Organizational Psychology* 2005, **14** : 23-41
- RANDALL R, COX T, GRIFFITHS A. Participants' Accounts of a Stress Management Intervention. *Human Relations* 2007, **60** : 1181-1209
- RANDALL R, NIELSEN K, TVEDT SD. The Development of Five Scales to Measure Employees' Appraisals of Organizational-Level Stress Management Interventions. *Work and Stress* 2009, **23** : 1-23
- RIVIERE E, TALON A. Baromètre des PME et TPE du Conseil Supérieur de l'Ordre des Experts-Comptables, vague 16. TNS Sofres : Stratégies d'opinion/Corporate, avril 2010, 136p
- RUOTSALAINEN J, SERRA C, MARINE A, VERBEEK J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008, **34** : 169-178
- SAHLER B, BERTHET M, DOUILLET P, MARY-CHEVAY I. Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail. Réseau Éditions Anact, 2007, 268p
- SEMMER NK. Job Stress. Interventions and the Organization of Work. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 2006, **32** : 515-527
- STAVROULA L, COX T. The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF). Nottingham, I-WHO Publications, 2008, 184p
- STAVROULA L, COX T, GRIFFITHS A. Promotion de la santé au travail à Nottingham : approche systémique. *Gohnet (The Global Occupational Health Network)* 2003, **6** : 5-7
- STAVROULA L, GRIFFITHS A, COX T. Organisation du travail et stress. Série Protection de la santé des travailleurs, n° 3, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004, 26p

STAVROULA L, JAIN A, ZWETSLOOT G, COX T. Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the European Union. *Work and Stress* 2010, **24** : 280-297

VAN DER HECK H, PLOMP HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occup Med (Lond)* 1997, **47** : 133-141

VAN DER KLINK JJ, BLONK RW, SCHENE AH, VAN DIJK FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001, **91** : 270-276

VAN EERD D, COLE D, IRVIN E, MAHOOD Q, KEOWN K, et coll. Process and implementation of participatory ergonomic interventions: a systematic review. *Ergonomics* 2010, **53** : 1153-1166

VAN OOSTROM SH, DRIESSEN MT, DE VET HC, FRANCHE RL, SCHONSTEIN E, et coll. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, CD006955

VANDENBOS GR, BULATAO EQ. Violence on the job. Identifying risks and developing solutions. Washington, Library of congress cataloging in publication data, 2002, 438p

VÉZINA M, BOURBONNAIS R, BRISSON C, TRUDEL L. Workplace prevention and promotion strategies. *Healthc Papers* 2004, **5** : 32-44

VÉZINA M, BOURBONNAIS R, BRISSON C. Expériences québécoises d'évaluation d'interventions organisationnelles en santé mentale au travail. In : *Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs et quels outils*. INRS, Paris, NS 270, 2007 : 84-86

VÉZINA M, CHÉNARD C, GROUPE SCIENTIFIQUE DE L'INSPQ PORTANT SUR LES EFFETS DES CONDITIONS ET DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ. Grille d'identification des risques psychosociaux au travail. Institut de santé publique du Québec, Québec, avril 2009, 38p